ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 24-7

Date de publication : 1er avril 1998

Contenu du présent numéro : *(nombre de pages : 5)*

Pagination officielle :

ÉCLOSION D'HÉPATITE A CHEZ DES CLIENTS ET DES EMPLOYÉS D'UN RESTAURANT – QUÉBEC .	F-1	53-59
ANNONCE	F-5	59-60

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la version imprimée et non à ceux de la version communiquée par télécopieur.

ÉCLOSION D'HÉPATITE A CHEZ DES CLIENTS ET DES EMPLOYÉS D'UN RESTAURANT – QUÉBEC

Introduction

Lorsqu'un cas d'hépatite A est déclaré chez un employé qui manipule des aliments dans un endroit public, il faut intervenir par des mesures de santé publique pour protéger les collègues de cet employé et les clients. Nous décrivons ici une éclosion de cas d'hépatite A qui a débuté chez un préposé à la préparation d'aliments et qui, par la suite, s'est propagée parmi plusieurs clients habituels d'un restaurant situé sur le territoire de la Direction de la santé publique de la Montérégie (DSP-M). Cette éclosion fait ressortir certains aspects des mesures d'intervention utilisées pour prévenir la propagation de cette maladie.

Description de l'éclosion

Le 12 janvier 1996, une employée d'un restaurant a signalé à la DSP-M plusieurs cas d'ictère survenus dans son milieu de travail. Après enquête, il s'est avéré que cinq personnes – les deux propriétaires du restaurant et trois clients – avaient eu une hépatite A dans les 6 semaines précédentes. La maladie s'est déclarée chez deux autres clients dans les semaines suivant la notification de ces cas à la DSP-M (tableau 1).

Au moment de l'enquête, les propriétaires du restaurant – un couple homosexuel – exploitaient l'établissement depuis 11 mois. Ce restaurant, situé dans une petite ville dont la population est de 2 500 habitants, servait des plats chauds (pizza, sous-marins, brochettes) et des salades; il n'y avait pas de crustacés ou de coquillages au menu. Le restaurant comptait environ 50 clients qui y mangeaient presque tous les jours.

Description des cas

Cas nº 1 : Le 30 novembre 1995, une fièvre s'est déclarée chez un homme homosexuel de 23 ans, copropriétaire du restaurant, qui y travaillait régulièrement comme cuisinier. Le 10 décembre, un ictère est apparu. Le sujet a été hospitalisé du 10 au 13 décembre. Les échantillons de sang ont révélé une élévation des transaminases et les tests sérologiques pour les IgM anti-VHA ont donné des résultats positifs le 11 décembre. Au moment de l'enquête, le 12 janvier 1996, l'homme a indiqué qu'il avait manipulé des aliments plusieurs fois pendant la semaine précédant le 10 décembre et également pendant la soirée du 13 décembre.

Cas nº 2 : Le 20 décembre 1995, un homme de 41 ans, partenaire sexuel du cas nº 1 et copropriétaire du restaurant, qui travaillait également comme chauffeur de camion, a commencé à souffrir de fièvre et de malaise général. Le 27 décembre, un ictère est apparu. Les échantillons prélevés le 30 décembre ont révélé une élévation des transaminases et la présence d'anticorps IgM anti-VHA. Cet homme mangeait au restaurant tous les jours et travaillait parfois comme cuisinier. Il n'avait travaillé que très peu pendant la période de contagiosité; toutefois, il avait travaillé les jours 12 et 13 suivant l'apparition initiale des symptômes. Pendant ces 2 jours, il avait versé de la sauce sur les plats et transporté les assiettes de la cuisine à la serveuse. Il a affirmé ne pas avoir eu de contact direct avec les aliments.

Cas nº 3 : Un homme de 49 ans, pompier dans une ville voisine, qui venait au restaurant depuis plusieurs mois environ tous les 2 jours pour prendre son petit-déjeuner et prendre une collation, a commencé à souffrir de fatigue, de fièvre et de vomissements le 28 décembre 1995. Un ictère est apparu le 3 janvier 1996 et le sujet a par la suite été hospitalisé pendant 7 jours. Les échantillons de sang ont révélé une élévation des transaminases et les tests sérologiques pour l'hépatite A (présence d'IgM anti-VHA) étaient positifs le 2 janvier 1996.

Cas nº 4 : Une maîtresse de maison de 44 ans, qui prenait son petit-déjeuner tous les jours au restaurant, a commencé à éprouver des symptômes le 31 décembre 1995. Un ictère est apparu le 9 janvier 1996. Elle a été hospitalisée pendant 2 jours. La sérologie s'est révélée positive pour les anticorps IgM anti-VHA le 10 janvier 1996.

Cas nº 5 : Un homme de 49 ans, qui présentait un handicap intellectuel léger et qui travaillait dans un garage comme

TABLE 1
Données épidémiologiques sur les cas d'hépatite A chez des clients et des employés d'un restaurant, Québec, novembre 1995 à février 1996

N°	Âge/sexe	Profession	DAS* jour/mois	DSI** jour/mois	Délai de survenue (jours)***	Lien épidémiologique
1	23/M	Cuisinier	30/11	10/12	0	Cas index
2	41/M	Chauffeur de camion	20/12	27/12	17	Partenaire sexuel du cas n° 1
3	49/M	Pompier	28/12	03/01	24	Client habituel du restaurant
4	44/F	Maîtresse de maison	31/12	09/01	30	Client habituel du restaurant
5	49/M	Ouvrier	04/01	11/01	32	Client habituel du restaurant
6	29/M	Boucher	17/01	22/01	43	Client habituel du restaurant
7	31/F	Commis de bureau	05/02	06/02	58	Partenaire sexuel du cas n° 6 et cliente occasionnelle du restaurant

* DAS = Date d'apparition des symptômes
**DSI = Date de survenue de l'ictère
***Différence entre la DSI du cas concerné et la DSI du cas index

aide-mécanicien, travaillait également au restaurant de façon informelle et irrégulière. Il s'occupait des ordures ménagères et aidait aux menus travaux, mais il ne manipulait jamais d'aliments. Il prenait son petit-déjeuner et son lunch tous les jours au restaurant. Le 4 janvier 1996, il a commencé à souffrir de fatigue. Le 11 janvier, un ictère est apparu et le sujet a été hospitalisé pendant 3 jours. Les échantillons de sang ont révélé une élévation des transaminases. Le 11 janvier, la sérologie pour les IgM anti-VHA a donné un résultat positif.

Cas n° 6 : Un homme de 29 ans, qui prenait deux à trois repas dans ce restaurant tous les jours, a commencé à éprouver des douleurs abdominales et des nausées le 17 janvier 1996. Il a également remarqué que ses urines étaient foncées. Un ictère est apparu le 22 janvier. Deux jours plus tard, le sujet s'est rendu au service des urgences, mais il a n'a pas été hospitalisé. Une élévation des transaminases a été constatée à l'analyse des échantillons de sang, qui ont également révélé la présence d'IgM anti-VHA.

Cet homme travaillait comme boucher dans un magasin d'alimentation situé dans la même ville. Il s'occupait de la coupe des viandes et des produits de charcuterie. Il a travaillé du 15 au 18 janvier et le 20 janvier. Cinq autres employés travaillaient dans ce magasin et tous manipulaient des produits de charcuterie, soit pour les clients ou pour eux-mêmes.

Cas n° 7 : Une femme de 31 ans, partenaire sexuelle du cas n° 6, mangeait de temps en temps à ce restaurant. Ses symptômes ont débuté le 5 février 1996; un ictère est apparu le lendemain.

Tous les cas ont affirmé ne pas avoir eu de nouveaux partenaires sexuels dans les 2 mois précédents. Aucun n'avait voyagé à l'extérieur du pays ni eu de contacts avec des voyageurs venant de pays où l'hépatite A est endémique. Aucun de ces sujets n'avait mangé de crustacés ou de coquillages. Tous ont déclaré ne pas consommer de drogues. L'enquête sur les autres causes possibles d'hépatite aiguë s'est révélée négative dans tous les cas. Le test de détection de l'antigène de surface de l'hépatite B et le test de détection de l'anticorps du virus de l'hépatite C ont donné des résultats négatifs pour les cas 1 à 6; ces tests n'ont pas été effectués pour le cas n° 7.

Intervention

À la suite du signalement de cette éclosion le 12 janvier 1996 et des enquêtes faites auprès des cas, des membres du personnel de la DSP-M ont commencé à administrer une immunoprophylaxie aux personnes qui avaient eu des contacts étroits avec chacun des cas. Ils ont également veillé à ce que des mesures d'hygiène plus strictes soient appliquées et qu'une surveillance étroite des nouveaux cas éventuels soit effectuée.

Au départ, les immunoglobulines ont été offertes à tous les membres de la famille et aux contacts sexuels de chacun des cas, ainsi qu'à tous les employés du restaurant (au nombre de sept) où travaillait le cas n° 1, et du magasin d'alimentation (au nombre de cinq) où travaillait le cas n° 6.

Le traitement aux immunoglobulines n'a pas été offert aux clients du restaurant. L'éclosion n'a pas été signalée immédiatement, et il y a une fenêtre de 14 jours pendant laquelle les immunoglobulines doivent être administrées si l'on veut qu'elles soient efficaces. Ainsi, lorsque l'éclosion a été signalée, l'administration d'immunoglobulines aurait été justifiée seulement si on avait eu la preuve d'une transmission potentielle de la maladie par le cas n° 2 qui avait travaillé les 1er et 2 janvier. En fait, il semble que cette personne ait manipulé très peu de plats pendant cette période. De plus, cette personne semblait appliquer de bonnes mesures d'hygiène.

Le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et la DSP-M ont entrepris de renforcer les mesures d'hygiène. Le 16 janvier 1996, des employés de la DSP-M se sont rendus au magasin d'alimentation pour inspecter les lieux et montrer aux employés les mesures d'hygiène à appliquer. Le 18 janvier, un représentant du MAPAQ a inspecté le restaurant et a effectué des prélèvements d'eau et d'aliments. Le 26 janvier, un représentant du MAPAQ s'est rendu au magasin d'alimentation où travaillait le cas n° 6 et a prélevé des échantillons d'eau et d'aliments. Ces agents ont effectué une deuxième visite à chacun des établissements pour expliquer les résultats des tests de laboratoire et mettre en oeuvre les mesures correctives voulues.

Lors de la première visite à ces deux endroits, l'agent du MAPAQ a indiqué que les mesures d'hygiène étaient assez bien respectées. Les tests effectués sur les échantillons d'eau et

d'aliments se sont révélés négatifs; toutefois, on a relevé une numération bactérienne élevée dans les échantillons de légumes crus prélevés au restaurant. À cause du délai qui s'était écoulé, aucun prélèvement n'a pu être fait sur des restes d'aliments préparés pendant la période contagieuse du cas index.

Enfin, une lettre a été envoyée à tous les médecins de la région pour recueillir de l'information sur tout nouveau cas d'hépatite A. On a effectué un examen des dossiers de tous les cas d'hépatite A déclarés à la DSP-M entre septembre 1995 et mai 1996, mais on n'a relevé aucun autre cas ayant un lien épidémiologique avec l'éclosion qui nous occupe.

Résultats

Les périodes retenues pour l'analyse des liens épidémiologiques étaient les suivantes : 14 jours avant et 7 jours après la survenue de l'ictère pour la période de contagiosité, et de 15 à 50 jours pour la période d'incubation.

Pendant la période contagieuse du cas nº 1, celui-ci et le cas nº 2 avaient tous deux travaillé du 23 novembre au 10 décembre; le cas nº 1 avait également travaillé les 13 et 14 décembre 1995 et le cas nº 2, le 1er et le 2 janvier 1996. La figure 1 illustre la courbe épidémique de l'éclosion. À la lumière de ces données, les cas nos 2, 3, 4 et 5 étaient fort probablement liés au cas nº 1, soit par contact sexuel (cas nº 2), soit par la consommation d'aliments contaminés (cas nos 3, 4 et 5). Le cas nº 6 pouvait être en lien avec le cas nº 1 et le cas nº 2 par l'entremise d'aliments contaminés. Le cas nº 7 pouvait avoir été infecté par contact sexuel avec le cas nº 6 ou par la consommation d'aliments contaminés par le cas nº 2. En fait, les cas nos 6 et 7 avaient pris leur petit-déjeuner au restaurant le 2 janvier; le cas nº 2 avait travaillé ce jour-là comme serveur et il se trouvait dans sa période contagieuse. Toutefois, comme indiqué précédemment, le cas nº 2 a affirmé ne pas avoir été en contact avec les aliments.

Les quatre clients qui mangeaient une à trois fois par jour à ce restaurant, de 2 à 7 jours par semaine, représentaient entre 5 % et 10 % des clients habituels. Le cas nº 7 était considéré comme une cliente occasionnelle parce qu'elle ne mangeait à ce restaurant qu'une fois ou deux par semaine. Le petit-déjeuner était le repas commun aux sept cas; certains prenaient également leur lunch ou leur repas du soir à ce restaurant. On n'a pas tenté de déterminer les aliments pris par chacun des cas pendant cette période.

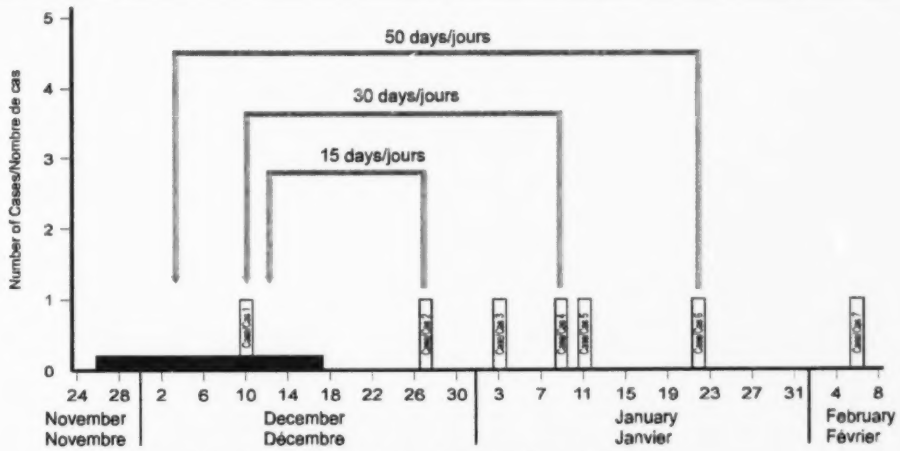
Analyse

L'hépatite A est une maladie virale qui se transmet principalement d'un sujet à un autre par la voie fécale-orale. Lors d'une éclosion, les principaux modes de transmission sont l'eau et les aliments contaminés. Les aliments peuvent être contaminés par un manipulateur d'aliments lui-même infecté.

Des cas d'hépatite A sont déclarés chez des personnes qui manipulent des aliments. Toutefois, les cas secondaires et les éclosions sont moins fréquents. Aux États-Unis, 7 % des cas déclarés d'hépatite A[1], soit environ 1 000 par année, concernent des personnes qui préparent des aliments; parmi les éclosions signalées chaque année, entre 7 et 12 sont causées par des aliments contaminés[2]. En Montérégie, région de plus de 1,3 million d'habitants, depuis 3 ans, on a enregistré environ un cas d'hépatite A par année chez un manipulateur d'aliments. Il faut toutefois noter que ces chiffres sont une sous-estimation de la réalité puisqu'ils ne correspondent pas à l'ensemble des cas, mais seulement à ceux pour lesquels la profession de la personne infectée est indiquée.

Selon une recommandation des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis émise en 1996, lorsqu'un cas d'hépatite A est déclaré chez une personne qui manipule des aliments, des immunoglobulines doivent être administrées à tous les autres préposés à la préparation des aliments, mais elles ne doivent pas être offertes systématiquement aux clients[3]. Toutefois, toujours selon les CDC, des immunoglobulines peuvent être administrées aux clients en présence des trois conditions suivantes.

Figure 1
Epidemic curve: cases of hepatitis A in restaurant clientele and staff by date of onset of jaundice, Quebec, November 1995 to February 1996
Courbe épidémique : cas d'hépatite A chez des clients et des employés d'un restaurant selon la date d'apparition de l'ictère, Québec, novembre 1995 à février 1996



1. La personne infectée a touché directement à des aliments qui ont ensuite été consommés sans un supplément de cuisson.
2. Le préposé à la préparation des aliments n'appliquait pas les mesures d'hygiène nécessaires.
3. Les clients peuvent être rejoints et traités dans les 2 semaines suivant leur dernier contact avec l'infection.

Enfin, les CDC indiquaient que, dans les cas d'expositions répétées, dans une cafétéria d'établissement par exemple, on pouvait faire une plus ample utilisation d'immunoglobulines.

On peut formuler plusieurs commentaires à l'égard de l'intervention de santé publique dans l'éclosion qui nous occupe. Ainsi, malgré des mesures d'hygiène apparemment adéquates, un taux d'attaque élevé d'hépatite A a été observé chez les clients habituels. La décision d'administrer des immunoglobulines aux contacts à risque dans le restaurant doit tenir compte des deux facteurs suivants : premièrement, le risque potentiel de transmission par ces sujets; et deuxièmement, le nombre de repas contaminés pris par ces mêmes personnes.

Par conséquent, les contacts d'un restaurant peuvent être regroupés en trois catégories de risque, qui sont les suivantes :

1. les employés qui manipulent des aliments;
2. les autres employés et les clients habituels; et
3. les clients occasionnels.

La littérature précise bien que les autres employés qui manipulent des aliments à l'endroit où travaille le cas index sont les plus exposés au risque de contracter l'hépatite A[4-8] et représentent également une source potentielle de transmission de la maladie[1,3,4]. Le risque pour les clients occasionnels est faible, à moins de circonstances exceptionnelles. La littérature est moins claire quand il s'agit des employés qui n'ont pas de contact direct avec les aliments ou des clients habituels. Ces deux groupes semblent présenter un risque semblable pour l'infection. Cependant, dans certains cas, des immunoglobulines sont administrées aux employés du restaurant et non aux clients habituels.

Cette classification en trois catégories de risque est valable à condition que l'on puisse établir un lien entre le nombre de repas consommés qui ont été préparés par un préposé infecté pendant sa période contagieuse et le risque de contracter l'hépatite A. Malheureusement, la littérature actuelle ne permet pas encore de confirmer ce lien.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les membres du personnel de la section des maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de la Montérégie, et plus particulièrement M^me^ O. Leduc, M^me^ L. Fugère et le D^r^ P.-A. Masson pour leurs précieux conseils, et M^me^ G. Lagarde, M^me^ L. Guay-Wiedrick et M^me^ J. Morissette pour leur participation aux enquêtes. Ils désirent également souligner l'aide apportée par M. C. Codère, chef de l'équipe d'inspection des aliments de la Direction régionale de la qualité des aliments et de la santé animale du MAPAQ. Enfin, ils souhaitent remercier M^me^ M. Gauthier pour l'aide technique qu'elle a fournie.

Références

1. Carl M, Francis DP, Maynard JE. *Food-borne hepatitis A: recommendations for control*. J Infect Dis 1983;148:1133-35.
2. CDC. *Surveillance for foodborne-disease outbreak – United States, 1988-1992*. MMWR 1996;45(SS-5):1-65.
3. CDC. *Protection against viral hepatitis, recommendations of the immunization practices advisory committee (ACIP)*. MMWR 1996;45(RR15).
4. OMS. *Lutte contre l'hépatite A en santé publique : mémorandum d'une réunion de l'OMS*. Bulletin OMS 1995;73:157-63.
5. Levy BS, Fontaine RE, Smith CA et coll. *A large food-borne outbreak of hepatitis A, possible transmission via oropharyngeal secretions*. JAMA 1975;234:289-94.
6. Osterholm MT, Kantor RJ, Bradley DW et coll. *Immunoglobulin M-specific serologic testing in an outbreak of foodborne viral hepatitis, type A*. Am J Epidemiol 1980;112:8-15.
7. CDC. *Food-borne hepatitis A – Oklahoma, Texas*. MMWR 1983;32:652-59.
8. Lowry PW, Levine R, Stroup DF et coll. *Hepatitis A outbreak on a floating restaurant in Florida, 1986*. Am J Epidemiol 1989;129:155-64.

Source : *D^r^ A Fortin, Direction de la santé publique de la Montérégie, Saint-Hubert, D^r^ F Milord, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke (Québec).*

Note de la rédaction

Toute personne qui consomme des aliments contaminés par le virus de l'hépatite A risque de contracter cette infection, comme en témoigne le cas des fraises contaminées du Michigan[1]. Dans le passé, le Canada n'a connu que très peu de cas de transmission du virus de l'hépatite A liés à une entreprise commerciale de préparation d'aliments. Cependant, on a enregistré récemment plusieurs cas de transmission de ce type, par exemple l'éclosion décrite ci-dessus, une éclosion survenue à Montréal[2] et les cas rapportés récemment à Vancouver, qui étaient liés à un restaurant[3].

L'administration prophylactique d'immunoglobulines (IG) aux préposés à la préparation des aliments et aux clients lorsqu'un cas d'hépatite A est signalé chez une personne qui manipule des aliments n'est pas traitée expressément dans les recommandations actuelles du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)[4,5]. Comme l'indique le rapport ci-dessus, l'*Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) des États-Unis recommande l'utilisation d'IG dans des situations bien précises[6], c'est-à-dire lorsque le préposé, pendant qu'il était contagieux, a manipulé des aliments qui n'ont pas été cuits par la suite, qu'il a souffert de diarrhée ou qu'il n'appliquait pas les mesures d'hygiène voulues, et que les clients peuvent être retracés et traités dans les 2 semaines suivant l'exposition. L'ACIP indique également que l'on peut envisager plus sérieusement le recours aux IG dans les cas où des expositions répétées auraient pu se produire, p. ex., dans le cas des cafétérias d'établissements. Les clients habituels dont il est question dans le rapport ci-dessus pourraient tomber dans cette catégorie.

Point important à noter dans ce rapport, il y a eu un délai considérable avant la déclaration de ces cas au service local de santé publique; ainsi, le cas index a été diagnostiqué chez une personne qui manipulait des aliments le 11 décembre 1995, mais le service de santé publique n'en a été informé que le 12 janvier

1996. Étant donné que les cas secondaires, vraisemblablement dus aux aliments contaminés par le cas index (le préposé à la préparation des aliments) étaient déjà survenus, on se trouvait à avoir dépassé la période où l'on aurait pu intervenir efficacement auprès des autres préposés à la préparation des aliments et des clients.

Le bien-fondé de la vaccination contre l'hépatite A chez les préposés à la préparation d'aliments comme moyen de prévenir la transmission du virus dans les établissements alimentaires, n'est pas clairement établi. À l'heure actuelle, selon le CCNI, on n'a pas encore déterminé si la vaccination des préposés à la préparation d'aliments permettrait de réduire les éclosions dues à des aliments[7].

Références

1. CDC. *Hepatitis A associated with consumption of frozen strawberries – Michigan, March 1997*. MMWR 1997;46:288-95.
2. Bruneau A, Rodrigue H, Dion R et coll. *Outbreak of hepatitis A associated with a restaurant in Montreal*. Canadian Public Health Association Second National Conference on Communicable Disease Control, Toronto, April 9-11, 1997. Affiche n° 4. Résumé.
3. LLCM. *Hepatitis A virus advisory: British Columbia*. Actualités en bref pour maladies infectieuses, 17 octobre 1997.
4. CCNI. *Guide canadien d'immunisation*. 4e éd., Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 1993. (Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H-49-8/1993F.)
5. CCNI. *Déclaration relative à la prévention de l'hépatite A*. RMTC 1994; 20:133-35, 139-43.
6. CDC. *Prevention of hepatitis A through active or passive immunizations: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1996;45(RR-15).
7. CCNI. *Déclaration supplémentaire sur la prévention de l'hépatite*. RMTC 1997;23(DCC-4):1-6.

Annonce

TROISIÈME CONFÉRENCE CANADIENNE NATIONALE SUR L'IMMUNISATION

du 6 au 9 décembre 1998
Le Calgary Convention Centre, Calgary (Alberta) Canada

Partenaires-santé par la vaccination

Organisée par : Le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, ainsi que la Société canadienne de pédiatrie.

Objectifs : Organiser une tribune de discussion et d'échange d'informations sur les aspects pratiques des programmes d'immunisation au Canada et leur amélioration. Les participants traiteront de questions telles l'obtention et l'administration des vaccins, l'éducation, l'évaluation des programmes de vaccination, des dispositions législatives et réglementaires, et des efforts globaux d'immunisation. La conférence portera à la fois sur des questions de programmes et de maladies, en mettant toutefois l'accent sur les programmes. Le thème central de la conférence sera l'immunisation des enfants. On analysera aussi les progrès réalisés par rapport aux objectifs nationaux canadiens en matière de lutte contre les maladies pouvant être évitées par la vaccination.

Information : Pour accéder à l'information qui sera disponible, ou pour être inscrit sur la liste d'envoi de la conférence, veuillez visiter notre site internet à :
http://www.hwc.ca/hpb/lcdc/events/cnic/index_f.html

ou
envoyer votre demande à :
Chuck E. Schouwerwou, BA, CMP
Coordonnateur des conférences et des comités
Division de l'immunisation
Fax : (613) 998-6413

Veuillez noter que les compte rendu des conférences préalables sont aussi disponibles sur notre site internet.

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D[r] John Spika	(613) 957-4243
	D[r] Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Centre des services aux membres
Association médicale canadienne
1867 Promenade Alta Vista
Ottawa (Canada) K1G 3Y6
N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2307
FAX : (613) 731-9102

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc